



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 20. Dezember 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

IV-Stelle Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug
Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung
(befristete Rente)

S 2020 138

A. Die Versicherte, A. _____, Jahrgang 1967, meldete sich am 26. August 2016 wegen eines zunehmenden Erschöpfungszustands und einer damit zusammenhängenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2016 erstmals bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 8). Die IV-Stelle holte daraufhin bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein, legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor und gewährte berufliche Eingliederungsmassnahmen. Am 21. September 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten schliesslich mit, dass eine umfassende medizinische – rheumatologische und psychiatrische – Untersuchung notwendig sei (IV-act. 72). Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C. _____ und D. _____ ging am 5. Dezember 2018 bzw. 8. Januar 2019 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 79 f.). Nachdem sich für den RAD-Arzt Dr. E. _____ im Hinblick auf das psychiatrische Teilgutachten gewisse offene Fragen gestellt hatten (IV-act. 81), wurde beim Sachverständigen nachgefragt (IV-act. 82 f.) und das Dossier dem fachspezifischen RAD-Arzt F. _____ vorgelegt (IV-act. 85 f.). Zudem führte die IV-Stelle eine Haushaltsabklärung durch (IV-act. 92). Mit Vorbescheid vom 10. Juli 2020 (IV-act. 93) bzw. Verfügung vom 28. September 2020 (IV-act. 103 und 105) sprach die IV-Stelle der Versicherten unter Anwendung der gemischten Methode (60 % Erwerb, 40 % Haushalt) eine befristete ganze Rente vom 1. Februar 2017 bis 31. Januar 2019 zu.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 13. Oktober 2020 liess A. _____ beantragen, die Verfügung vom 28. September 2020 sei, soweit sie die Zeit nach dem 31. Januar 2019 betreffe, aufzuheben; der medizinische Sachverhalt sei ab November 2018 beweismässig abzuklären; ihr sei auch nach dem 31. Januar 2019 eine ganze Rente auszurichten und die UVG-Akten des Unfalles von Mai 2011 seien beizuziehen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In materieller Hinsicht stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, es fehle an einem Revisionsgrund und das psychiatrische Teilgutachten von Dr. D. _____ sei nicht beweismässig (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 14. Oktober 2020 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde von der Beschwerdeführerin fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 17. November 2020 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 28. September 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 13. Oktober 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 28. September 2020; diese ging tags darauf beim Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 13. Oktober 2020 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan,

weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; sog. gemischte Methode). Seit dem 1. Januar 2018 steht mit Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ein neues Modell für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, in Kraft. Im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten kann die Anwendung dieses neuen Berechnungsmodells erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen (BGer 8C_793/2017 vom 8. Mai 2018 E. 7.1 mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung).

3.3 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d in fine; 125 V 368 E. 2; 109 V 262 E. 4a; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

3.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

4. Vorab gilt festzuhalten, dass die Anwendung der gemischten Methode zwischen den Parteien unstrittig ist. Ferner sind sich die Parteien einig, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin zu 60 % im Erwerbs- und zu 40 % im Haushaltsbereich tätig wäre. Umstritten sind hingegen die von der IV-Stelle angenommenen Einschränkungen im Erwerbs- und Haushaltsbereich. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Im Mai 2011 erlitt die Versicherte im Rahmen eines Unfalles eine Teilamputation der Fingerendglieder III und IV der dominanten rechten Hand, welche handchirurgisch versorgt wurde (IV-act. 33 S. 1). Zu diesem Zeitpunkt arbeitete sie in einem 60 %-Pensum als kaufmännische Angestellte bei der G. _____ AG in H. _____ (IV-act. 15 S. 1 ff.). Am 23. Februar 2016 erhielt die Versicherte seitens ihres Arbeitsgebers die Kündigung (IV-act. 15 S. 7), woraufhin sie gleichentags ihre Hausärztin aufsuchte, die einen körperlichen und psychischen Erschöpfungszustand sowie eine Depression diagnostizierte und die Versicherte ab dem 23. Februar 2016 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig schrieb (IV-act. 16). Am 11. März 2016 begab sich die Versicherte schliesslich in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. I. _____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Initial wurde die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei prädepressiver Persönlichkeit gestellt und auch von psychiatrischer Seite her eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 22). Im Oktober 2016 erfolgte wegen anhaltenden Schmerzen im Bereich des rechten Vorderarms und der rechten Hand eine rheumatologische Abklärung durch Dr. med. J. _____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, der den Verdacht auf ein peripheres Nervenkompressionssyndrom äusserte (IV-act. 33 S. 3 f.). Im Rahmen einer neurologischen Abklärung konnte weder ein Karpaltunnel- noch ein Pronator-teres-Syndrom rechts nachgewiesen werden (IV-act. 33 S. 1 f.). Im März 2017 wurde die Versicherte zuhause der Krankentaggeldversicherung psychiatrisch begutachtet. Dabei wurde eine depressive Erkrankung gegenwärtig schwergradig ohne psychotische Symptome mit Hinweisen auf potentielle Traumafolgestörungen und mit Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die Versicherte wurde hinsichtlich der angestammten und einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft (IV-act. 39). Von Ende Mai bis Mitte Juli 2017 fand eine ambulante Tagesrehabilitation in der Klinik K. _____ in L. _____ statt. Dabei wurden u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Stressverarbeitungsstörung und eine depressive Symptomatik diagnostiziert (IV-act. 47).

Vom 8. Februar bis 27. März 2018 weilte die Versicherte schliesslich stationär in der M._____. Die Ärzte gingen von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, aus und nannten eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Vergangenheit als Verdachtsdiagnose. Der Versicherten wurde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Gleichzeitig wiesen die Ärzte darauf hin, dass beim Verlassen der Klinik eine Teilremission der Symptome bestanden habe (IV-act. 63). Im Verlaufsbericht vom 5. Juli 2018 sprach die behandelnde Psychiaterin von einem weiterhin stagnierenden Verlauf infolge persönlicher und familiärer Überforderung bei anhaltenden Belastungs- und Konfliktsituationen und vor allem finanzieller Sorgen. Als Diagnosen nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten wurde bei 100 % belassen (IV-act. 68).

4.2 Gestützt auf die Empfehlung des RAD (IV-act. 69) gab die IV-Stelle in der Folge eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung in Auftrag.

4.2.1 Dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt FMH Rheumatologie, vom 30. November 2018 kann unter "Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde" entnommen werden, dass die Versicherte anlässlich der eingehenden Befragung im Rahmen der Anamneseerhebung permanente Schmerzen hoher Intensität im Bereich der ganzen rechten Hand hohlhandbetont mit diffuser Ausstrahlung über den rechten Arm in den ganzen rechten oberen Körperquadranten geltend gemacht habe unter Angabe einer funktionellen Einarmigkeit. Dies habe sie auf das Unfallereignis von Mai 2011 zurückgeführt, bei dem sie einen Berufsunfall mit Fingerendgliedteillamputation des Mittel- und Ringfingers der dominanten rechten Hand erlitten habe mit nachfolgender (erfolgreicher) Re-Implantation im Kantonsspital N._____. Durch die Hausärztin sei erst ab dem 23. Februar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Bis dahin habe die Versicherte seit August 2010 bei der G._____ AG in H._____ als Mitarbeiterin Archivierung gearbeitet und dabei körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastenden Arbeitspositionen verrichtet. In der eingehenden klinischen Untersuchung anlässlich der Begutachtung habe die Versicherte ein diffuses oberes Quadrantenschmerzsyndrom rechts mit Hyperalgesie, leichter Hyperästhesie und schmerzhaft massiv eingeschränkter Funktionseinschränkung der Schulter-, Hand- und Fingergelenke präsentiert ohne

klinische Anhaltspunkte weder für ein CRPS noch für eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis noch hinsichtlich einer zervikoradikulären Reiz- und/oder sensomotorischen Ausfallsymptomatik und ohne klinische Hinweise für eine relevante Rotatorenmanschettenruptur bei seitengleicher muskulärer Trophik des Schultergürtels und nicht signifikanter Umfangsdifferenz der Ober- und Unterarme. Die Versicherte führe diese Beschwerden auf das Unfallereignis von 2011 zurück. Der Lokalbefund im Bereich der operativ versorgten Fingerendglieder des Mittel- und Ringfingers der rechten, dominanten Hand zeige ein mehr als befriedigendes Operationsergebnis ohne trophische Störungen, Anhaltspunkte für eine Kausalgie oder störende Narbenbildungen mit einwandfrei beweglichen Fingerendgelenken. Klinisch lasse sich nicht nachvollziehen, weshalb die Versicherte die rechte Faust nicht schliessen könne und die Kraft des Faustschlusses rechts bei seitengleicher muskulärer Trophik der intrinsischen Hand- und Unterarmmuskulatur praktisch aufgehoben sei. Doktor C._____ kam zum Schluss, dass deskriptiv ein chronifiziertes oberes Quadrantenschmerzsyndrom rechts mit funktioneller Einarmigkeit bestehe ohne ein adäquat korrelierendes, organisches Korrelat von rheumatologischer Seite her. Die von der Versicherten als Ursache genannte Fingerendgelenksverletzung rechts infolge des Unfalls im Mai 2011 lasse weder das Ausmass der angegebenen Beschwerden noch der Funktionseinschränkungen begründen. Bei der Schilderung der Unfallumstände durch die Versicherte werde klar, dass sie dieses Trauma als sehr eindrücklich erlebt habe. Der von ihr in den Raum gestellte Zusammenhang zwischen der jetzigen Gesundheitsstörung an der rechten oberen Extremität und dem Unfallgeschehen von 2011 scheine ihm in erster Linie einem Kausalitätsbedürfnis genügen zu müssen und könne medizinisch auf der somatischen Ebene nicht nachvollzogen werden. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Versicherte über Jahre ihren Aufgaben in Beruf und Haushalt bis zum letzten Arbeitstag bzw. bis zur Kündigung im Februar 2016 habe nachgehen können. Aufgrund der Akten stehe eine psychiatrische Gesundheitsstörung wesentlich im Vordergrund. Betreffend Arbeitsfähigkeit konnte Dr. C._____ weder eine zeitliche noch leistungsmässige Einschränkung hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte feststellen. Einschränkungen beständen von rheumatologischer Seite her einzig hinsichtlich manuell besonderes kraftaufwändigen Verrichtungen mit der rechten Hand bzw. dem rechten Arm wie auch für repetitiv-häufige Armpositionen bei der Arbeit an oder über der Schulterhorizontalen. Die Tätigkeit als kaufmännische Angestellte würde in aller Regel beide Einschränkungen nicht beinhalten (IV-act. 79).

4.2.2 Dem Gutachten von Dr. med. D. _____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Januar 2019 kann als einzige Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichten Grades mit somatischem Syndrom entnommen werden. Beurteilend führte Dr. D. _____ aus, in den Akten tauche wiederholt auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auf. Diese Diagnose könne er ebenso wenig wie der RAD-Arzt nachvollziehen. Sicher habe die Versicherte bei ihren Grosseltern keine liebevolle Erziehung genossen, im Gegenteil, sie habe auf dem Hof streng mitarbeiten müssen und sei auch geschlagen worden. Daraus die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen, sei aus psychiatrischer Sicht jedoch nicht gerechtfertigt. Statt der Diagnose einer depressiven Störung mit somatischem Syndrom könnte auch von einer Somatisierungsstörung bei einer Depression gesprochen werden, was aber bezüglich der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit keine wesentliche Rolle spiele. Im Hinblick auf ihre Persönlichkeit, merkte der Sachverständige an, bei der Versicherten handle es sich um eine Persönlichkeit mit abhängigen Zügen. Sie habe sich lange durch ihren ersten Ehemann schlecht behandeln lassen, bevor sie diesen verlassen habe. Sie äussere Trennungsängste, wie sie auch in den vorliegenden Berichten beschrieben seien. Als Ressourcen seien das freundliche Wesen der Versicherten, ihre vielfältigen Fähigkeiten wie auch das intakte Familienverhältnis zu nennen. Was den Therapieverlauf anbelangt, führte Dr. D. _____ aus, trotz psychiatrischer Gesprächstherapie und antidepressiver Medikamente sei der Verlauf der depressiven Störung gemäss Arztbericht der behandelnden Psychiaterin vom 5. Juli 2018 stagnierend. Allerdings hätten die Ärzte der M. _____ im Austrittsbericht vom 16. April 2018 von einer Teilremission der depressiven Episode berichtet. In den beiden Untersuchungen bei ihm, dem Sachverständigen, sei die Versicherte in leichtem Ausmass depressiv gewesen. Sie habe keine kognitiven Störungen aufgewiesen, nur das Kurzzeitgedächtnis sei leicht vermindert gewesen. Die Versicherte sei zwar klagsam, weinerlich und wenig vital gewesen, allerdings habe sie auch einen recht aktiven Alltag beschrieben, was wiederum für eine leichte depressive Störung spreche. Die bisherigen Behandlungen erachte er als angemessen. Die Behandlung in der stationären psychiatrischen Klinik habe zu einer leichten Besserung der Symptomatik geführt. Die Prognose erscheine also günstig. Betreffend Konsistenz und Plausibilität merkte Dr. D. _____ an, die Versicherte sei einerseits nach wie vor von ihrer Psychiaterin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, im beruflichen Bereich sei sie also gar nicht aktiv, andererseits zeige sie in ihrem Alltag ein höheres Aktivitätsniveau. Die geklagten Symptome, somatische Beschwerden, Rückenprobleme, auch ihre Klagsamkeit und das des Öfteren Weinen würden eine Verdeutlichungstendenz aufzeigen. Die geschilderten Funktionseinbussen seien nicht

nachvollziehbar und so nicht telquel zu übernehmen. Nachdem der Sachverständige noch einmal auf die Ressourcen der Versicherten hingewiesen hatte (ihre angenehme Art und der familiäre Rückhalt), nahm er zu den Belastungen Stellung. Diese seien psychosozialer Art (Konflikt mit der pubertierenden Tochter, mit dem eigenwilligen Sohn etc.). Als weitere Belastungen nannte er die Arbeitslosigkeit und ihre finanziellen Sorgen. Im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kam Dr. D. _____ zum Schluss, dass die Versicherte vollschichtig mit einer Leistungsreduktion von 20 bis 30 % (wegen der leichten depressiven Störung) arbeitsfähig sei. In der bisherigen Tätigkeit, die auch als angepasst beurteilt wurde, attestierte er ihr eine 70 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit. Was den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit anbelangt, wies der Sachverständige darauf hin, dass die Versicherte seit Ende Februar 2016 von ihrer behandelnden Psychiaterin zu 100 % krankgeschrieben worden sei und es bis dato zu keiner Verbesserung der von ihr attestierten Arbeitsunfähigkeit gekommen sei. Ab Datum des Gutachtens bestehe die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit. Durch Weiterführung der psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung inklusive Abgabe der Medikamente könnte sich die Arbeitsfähigkeit noch um 20 bis 30 % verbessern. In welchem Zeitfenster dies möglich sei, könne er allerdings nicht sagen. Bei der Beantwortung der fallspezifischen Fragen wies Dr. D. _____ noch einmal explizit darauf hin, dass im Vergleich zu den Beurteilungen der behandelnden Psychiaterin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliege. Heute sei die Versicherte in leichtem Masse depressiv. Dies gelte seit Ende Oktober 2018 (IV-act. 80).

4.3 Am 10. Januar 2019 nahm RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, zum bidisziplinären Gutachten der Dres. C. _____ und D. _____ Stellung und führte aus, das rheumatologische Gutachten sei inhaltlich und formal korrekt und vermöge die an ein medizinisches Gutachten gestellten Qualitätskriterien zu erfüllen. Das psychiatrische Teilgutachten sei dahingehend zu bemängeln, als zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu wenig detailliert Stellung genommen bzw. schlicht auf die Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch die behandelnde Psychiaterin hingewiesen werde ohne dass eine kritische Auseinandersetzung mit eben dieser erfolge. Auch sei keine differenzierte Auseinandersetzung mit den zu erwägenden Differentialdiagnosen in Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom erfolgt. Doktor E. _____ empfahl deshalb, beim psychiatrischen Gutachter diesbezüglich nachzufragen (IV-act. 81).

4.4 Mit Schreiben vom 25. Januar 2019 bat die IV-Stelle Dr. D. _____ um erläuternde Ausführungen zum Gutachten. Insbesondere wurde darum gebeten aufzuzeigen, womit sich die behandlerseitig durchgehend attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 23. Februar 2016 begründen lasse bzw. zu begründen, ob diese aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar bzw. plausibel sei. Des Weiteren wurde um eine differenzierte differentialdiagnostische Auseinandersetzung im Kontext somatoformer und dissoziativer Störungen (ICD-10 F44 und F45) gebeten (IV-act. 82).

4.5 Am 4. Februar 2019 nahm Dr. D. _____ zu den seitens der IV-Stelle aufgeworfenen Fragen insofern Stellung, als er ausführte, die ab dem 23. Februar 2016 attestierte Arbeitsunfähigkeit sei wegen der Einschränkung der Kognition (s. Psychostatus vom 17. Oktober 2016) nachvollziehbar und plausibel. Zur Auseinandersetzung im Kontext somatoformer und dissoziativer Störungen merkte er an, dies habe bezüglich der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit keine Bedeutung. Die Arbeitsunfähigkeit werde durch die depressive Störung begründet (IV-act. 83).

4.6 Mit Stellungnahme vom 11. März 2019 kam RAD-Arzt Dr. E. _____ zum Schluss, dass Dr. D. _____ die Fragen nicht bzw. nur unzureichend beantwortet habe. Er schlug deshalb vor, das Dossier dem fachspezifischen RAD-Arzt F. _____ zur Beantwortung der noch offenen Fragen – psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, detaillierter zeitlicher Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom 23. Februar 2016 bis zum Begutachtungszeitpunkt und Notwendigkeit weiterführender Abklärungen – vorzulegen (IV-act. 84).

4.7 RAD-Arzt F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 14. März 2019 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. D. _____ Stellung und führte aus, das Gutachten sei in der Tat sehr stringent und die Vorgeschichte nicht allzu detailliert beleuchtend. Doktor D. _____ habe die Versicherte allerdings zweimal untersucht und sich einen umfassenden klinischen Eindruck des zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden psychischen Gesundheitsschadens der Versicherten machen können. Demnach habe er eine Verbesserung der unbestrittenen depressiven Störung feststellen bzw. objektivieren können. Klinisch habe die Versicherte bei den Explorationen am 26. Oktober und 8. November 2018 keine Symptome berichtet, die auf eine posttraumatische Belastungsstörung hindeuten würden. Entsprechend habe Dr. D. _____ auch diese Diagnose nicht gestellt. Hinsichtlich der Schmerzverarbeitungsproblematik einschliesslich einer möglichen dissoziativen

Symptomatik bei möglicher posttraumatischer Belastungsstörung habe er diese als Ausdruck von Somatisierung im Rahmen der depressiven Störung interpretiert. Er sei aufgrund dieser Querschnittsbeobachtung zum Schluss gekommen, dass die Versicherte bei leichtgradig ausgeprägter depressiver Störung 20 bis 30 % in der bisherigen wie auch einer sonstigen Verweistätigkeit eingeschränkt sei, d.h. dass ab Zeitpunkt der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % psychiatrisch begründbar sei. Die Arbeitsfähigkeitsbegutachtung unterliege grundsätzlich einem gewissen Ermessensspielraum. Die von Dr. D._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu beanstanden bzw. nicht als unangemessen hoch zu betrachten. Anlässlich der Begutachtung habe die Versicherte zwar fehlende Bewältigungsstrategien und ein insuffizientes Krankheitskonzept gezeigt, es habe aber nicht den klinischen Eindruck eines Malingering gegeben. Dazu passe, dass die Versicherte sich auch authentisch weniger depressiv beschreibe als zu früheren Zeiten, in denen sie von Behandlern und fachärztlichen Abklärern stärker psychisch beeinträchtigt beurteilt worden sei. Eine neuropsychologische Testung mit Symptomvalidierung mache im Prinzip nur Sinn, wenn es Widersprüche gebe (in der Aktenlage und/oder im Beschwerdevortrag) und es gelte, das zu objektivieren. Dies sei bei der aktuellen Begutachtung nicht der Fall gewesen. In der Aktenlage werde durchgehend eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik (mittel- bis schwergradig) beschrieben. Insbesondere würden schwer ausgeprägte kognitive Defizite nicht nur von der Behandlerin Dr. I._____ beschrieben. Auch der für die Krankentaggeldversicherung begutachtende Psychiater Dr. O._____ [recte: Dr. P._____] habe Anfang März 2017 eine erhebliche "Störung von Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit" festgestellt. Ebenfalls sei die stationäre Behandlung in der M._____ im Jahr 2018 durch eine seinerzeit mittelgradig ausgeprägte depressive Störung Gegenstand der Behandlung gewesen. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei in dieser stationären Behandlung lediglich als Verdachtsdiagnose dokumentiert worden. Insofern sei die Antwort auf die Nachfrage des RAD von Dr. D._____ nicht als falsch und unvollständig zu sehen. Unter dem Aspekt, dass letztendlich der führende Gesundheitsschaden als rezidivierende, d.h. in ihrer Ausprägung Schwankungen unterliegende depressive Störung ausschlaggebend sei, könne man die bis zur Begutachtung attestierten Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen nicht als völlig falsch oder fachlich unrichtig betrachten bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unzutreffend behaupten. Es sei auch darauf hingewiesen, dass bis zur Begutachtung (zumindest von Dr. I._____) die Arbeitsunfähigkeit für den zuletzt ausgeübten Arbeitsplatz, bei dem es Mobbingereferenzen gegeben habe und wahrscheinlich auch Auslöser der depressiven

Störung gewesen sei, beurteilt worden sei und nicht die theoretische Arbeitsfähigkeit in einer ideal adaptierten Tätigkeit. Erst mit der Begutachtung sei die bisherige Tätigkeit unabhängig vom letzten Arbeitsplatz medizintheoretisch beurteilt und als ideal adaptiert qualifiziert worden. RAD-Arzt F. _____ kam zum Schluss, dass das Gutachten aus versicherungspsychiatrischer Sicht zwar nicht sehr differenzierend ausführend sei. Es komme aber zum Schluss, dass die Beschwerden und der psychische Gesundheitsschaden ausschliesslich auf eine rezidivierende depressive Störung zurückzuführen seien. Da vor der Begutachtung die Ausprägungen stärker gewesen seien als zum Zeitpunkt der Begutachtung, sei die höhere Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung der seinerzeit involvierten Therapeuten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unzutreffend zu beurteilen. Erst mit der Begutachtung sei die Verbesserung und damit die höhere Arbeitsfähigkeit objektiviert. Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der RAD-Arzt eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Da gutachterlich ausschliesslich eine depressive Störung objektiviert worden und die in der medizinischen Aktenlage dokumentierten Differenzialdiagnosen nicht bestätigt worden seien, sei eine Auseinandersetzung mit den Vordiagnosen nicht zwingend erforderlich. Weiterführende Abklärungen sah RAD-Arzt F. _____ nicht als notwendig an (IV-act. 85).

4.8 Am 21. März 2019 nahm RAD-Arzt F. _____ zur Frage Stellung, ob während der 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch Einschränkungen im Haushalt bestanden hätten. Er führte aus, dass bis zur Begutachtung aufgrund der echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen ebenfalls von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich Haushalt auszugehen sei. Aufgrund der durchgehend mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik und der Möglichkeit, sich die anstehenden Arbeiten im Haushalt einzuteilen und zeitlich flexibel "abzuarbeiten" bzw. auch nicht durchzuführen, sei eine höhere Leistungsbereitschaft als in einer erwerblichen Tätigkeit zu unterstellen. Insofern könne die von Dr. E. _____ in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 beurteilte Arbeitsfähigkeit von 50 % als Massstab für die medizintheoretische Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich Haushalt angenommen werden. Abzüge aufgrund etwaiger Mitwirkungspflichten durch Angehörige könnten in einer medizintheoretischen Beurteilung nicht miteinbezogen werden, da sie kein medizinisches Korrelat zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit darstellten (IV-act. 86).

5. Im Hinblick auf ihre Erwerbstätigkeit ist zu prüfen, inwieweit die Beschwerdeführerin infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen überhaupt noch arbeitsfähig ist.

5.1 In rheumatologischer Hinsicht konnte mit dem Gutachten von Dr. C. _____ vom 30. November 2018 (IV-act. 79) keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Gesundheitsstörung festgestellt werden. Insbesondere konnte für die geltend gemachte funktionelle Einarmigkeit auf der somatischen Befundebene kein entsprechendes adäquates Korrelat gefunden werden. Weder zeitlich noch leistungsmässig ergab sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte. Die einzige Einschränkung wurde von Dr. C. _____ in häufig manuell kraftaufwändigen Verrichtungen mit der rechten Hand und hinsichtlich häufiger Arbeitspositionen mit dem rechten Arm an oder über der Schulterhorizontalen gesehen. Gegen dieses Teilgutachten wurden keine Einwände vorgebracht, sodass in rheumatologischer Hinsicht ohne weiteres auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen abgestellt werden kann. In somatischer Hinsicht ist somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

5.2 In psychiatrischer Hinsicht wird der Beschwerdeführerin behandlerseits seit der erfolgten Kündigung am 23. Februar 2016 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit wegen einer reaktiv aufgetretenen ängstlichen, depressiven Symptomatik mit somatischen Symptomen attestiert. Dies führte dazu, dass der Beschwerdeführerin für die Zeit ab Februar 2017 eine ganze Rente zugesprochen wurde. Für die Zeit ab 26. Oktober 2018 (Datum der psychiatrischen Untersuchung) stellte die Beschwerdegegnerin hingegen auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des psychiatrischen Sachverständigen Dr. D. _____ ab und hob den Rentenanspruch nach einer dreimonatigen Wartefrist per 31. Januar 2019 wiederum auf, was seitens der Beschwerdeführerin beanstandet wird. Nachfolgend stellt sich somit die Frage, ob dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D. _____ vom 7. Januar 2019 (IV-act. 80) Beweiskraft zukommt.

5.2.1 Gegen die beweisrechtliche Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. D. _____ vom 7. Januar 2019 wendet die Beschwerdeführerin zunächst ein, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei damit nicht ausgewiesen, es fehle an einem Revisionsgrund. Dem ist zu entgegnen, dass Dr. D. _____ eine Verbesserung der unbestrittenen depressiven Störung feststellen bzw. objektivieren konnte. In Würdigung des von ihm erhobenen Psychostatus kam der Sachverständige zum Schluss, dass die

Beschwerdeführerin nur noch in leichtem Masse depressiv sei. Sie weise keine kognitiven Störungen auf und zeige ein relativ hohes Aktivitätsniveau in ihrem Alltag.

Dementsprechend beurteilte Dr. D. _____ die depressive Symptomatik nur noch als leichtgradig (IV-act. 80 S. 16 f. und 20); dies im Unterschied zu der in der Aktenlage für die Zeitperiode vor der Begutachtung durchgehend als mittel- bis schwergradig ausgeprägt beschriebenen depressiven Symptomatik. Auch wenn seine Begründung diesbezüglich zugegebenermassen etwas knapp ausgefallen ist, überzeugt sie im Endeffekt. Zu berücksichtigen ist zunächst, dass der Gutachter Dr. D. _____ die Beschwerdeführerin zweimal, am 26. Oktober und am 8. November 2018, untersucht hatte. Insofern ist dem RAD-Arzt F. _____ zuzustimmen, dass sich der Sachverständige einen umfassenden klinischen Eindruck des zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin machen konnte. Das Gutachten beruht somit auf allseitigen Untersuchungen. Des Weiteren ist auffallend, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. D. _____ weniger depressiv beschrieb als noch in den Untersuchungen zuvor. Ebenfalls in die Würdigung miteinzubeziehen ist der Umstand, dass sowohl im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung zuhanden der Krankentaggeldversicherung im März 2017 als auch von der behandelnden Psychiaterin Dr. I. _____ schwer ausgeprägte kognitive Defizite, insbesondere erhebliche Störungen von Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit, beschrieben wurden (IV-act. 39 S. 6 und 11), die Dr. D. _____ gerade nicht mehr feststellen konnte. Anlässlich seiner Untersuchungen war nur noch das Kurzzeitgedächtnis leicht vermindert (IV-act. 80 S. 17). Die Klagsamkeit und das des Öfteren Weinen der Beschwerdeführerin würdigte Dr. D. _____ im Rahmen einer Verdeutlichungstendenz (IV-act. 80 S. 18). Angesichts des soeben Ausgeführten ist RAD-Arzt F. _____ Recht zu geben, dass die depressive Störung vor der Begutachtung stärker ausgeprägt war, als schliesslich bei der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. D. _____. Daraus folgt, dass die Einschätzung des Sachverständigen, wonach seit Ende Oktober 2018 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, als plausibel nachvollziehbar bezeichnet werden muss. Hierfür spricht im Übrigen auch der Umstand, dass bereits die stationäre Behandlung in der M. _____ zu einer leichten Besserung der Symptomatik führte und zum damaligen Zeitpunkt immerhin von einer Teilremission der Symptome bei Austritt der Beschwerdeführerin die Rede war (IV-act. 63 S. 1 und 4). In der Folge wurde im Unterschied zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. P. _____ vom 8. März 2017 (IV-act. 39) denn auch nicht mehr von einer schwer ausgeprägten, sondern vielmehr von einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung gesprochen. Geht Dr. D. _____ im Unterschied dazu von einer depressiven

Störung derzeit leichten Grades aus, erscheint dies unter Berücksichtigung der eingetretenen Verbesserung nachvollziehbar, zumal bedacht werden muss, dass es sich beim führenden Gesundheitsschaden um eine rezidivierende depressive Störung handelt, die in ihrer Ausprägung gewissen Schwankungen unterliegt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit den Ausführungen von Dr. D. _____ somit plausibel nachvollziehbar ausgewiesen. Die Aufhebung der für den Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Januar 2019 zugesprochenen ganzen Rente wird in der angefochtenen Verfügung denn auch gerade mit den Ausführungen des Sachverständigen und der dadurch ausgewiesenen Verbesserung der gesundheitlichen Situation begründet. Insofern kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, in der angefochtenen Verfügung werde gar nicht geltend gemacht, dass es per Ende Oktober 2018 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei, trifft dies doch schlicht nicht zu.

5.2.2 Ebenfalls nicht beigeplichtet werden kann der Beschwerdeführerin, soweit sie einwendet, es sei nicht nachvollziehbar, wenn lediglich vier Monate nach der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin eine Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 % bestehen solle. Zunächst liegt es in der Natur der Sache, dass einer psychiatrischen Einschätzung notwendigerweise ein erheblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum inhärent ist. Sodann ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass bereits anlässlich der stationären Behandlung in der M. _____ von einer Teilremission der depressiven Symptome und in der Folge "nur" noch von einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode die Rede war. Nichtsdestotrotz wurde der Beschwerdeführerin weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was angesichts des soeben Ausgeführten wohl eher als grosszügig zu betrachten ist. Nachdem – wie oben bereits ausführlich dargelegt – eine weitere Verbesserung der depressiven Symptomatik im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. D. _____ festgestellt werden konnte, kann auch die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % als plausibel bezeichnet werden.

Sodann trifft es zwar zu, worauf bereits RAD-Arzt Dr. E. _____ mit Stellungnahme vom 10. Januar 2019 (IV-act. 81) hingewiesen hat, dass eine kritische Auseinandersetzung mit der seitens der Behandler vorgängig attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit im psychiatrischen Gutachten unterblieben ist. Angesichts dessen hat Dr. E. _____ denn auch die Frage aufgeworfen, ob die von den Behandlern bis zum Zeitpunkt der Exploration attestierte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei und diesbezüglich eine ergänzende

Nachfrage beim Sachverständigen vorgeschlagen. Nachdem Dr. D. _____ mit Schreiben vom 4. Februar 2019 (IV-act. 83) aber zum Schluss kam, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit ab dem 23. Februar 2016 aufgrund der Einschränkung der Kognition gemäss Psychostatus vom 17. Oktober 2016 nachvollziehbar und plausibel sei, erübrigte sich eine weitere Auseinandersetzung hiermit, zumal die Beschwerdegegnerin die für diesen Zeitraum attestierte Arbeitsunfähigkeit denn auch anerkannte und dies zur Ausrichtung einer befristeten ganzen Rente führte. In diesem Zusammenhang ist auch noch einmal auf die Stellungnahme des RAD-Psychiaters F. _____ vom 14. März 2019 (IV-act. 85) zu verweisen, der die höhere Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung der seinerzeit involvierten Therapeuten ebenfalls nicht als unzutreffend einstufen konnte und dies damit begründete, dass die Ausprägung der depressiven Symptomatik vor der Begutachtung stärker gewesen sei.

5.2.3 Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, Dr. D. _____ habe einen grossen Bogen um die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung gemacht, kann ihr ebenso wenig gefolgt werden. Es zeigt sich, dass sich Dr. D. _____ unter Ziff. 6 seines Gutachtens mit der in der Aktenlage wiederholt aufgetauchten Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung sehr wohl auseinandergesetzt hat, er diese Diagnose jedoch nicht nachvollziehen konnte. Dies erklärte er damit, dass die Beschwerdeführerin bei ihren Grosseltern zwar keine liebevolle Erziehung genossen und auf dem Hof streng habe mitarbeiten müssen sowie geschlagen worden sei, es jedoch nicht gerechtfertigt sei, daraus die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen (IV-act. 80 S. 16 f.). Die soeben dargelegten Ausführungen des Sachverständigen zeigen, dass dieser die schwierige Kindheit der Beschwerdeführerin durchaus in seine Beurteilung miteinbezogen hat. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich korrekterweise angemerkt hat, finden sich Ausführungen zur schwierigen Kindheit der Beschwerdeführerin denn auch nicht nur im Zusammenhang mit der Diagnosestellung, sondern auch auf den Seiten 11 ff. des Gutachtens. Insbesondere wird die schwierige Kindheit bei den Grosseltern auch als einschneidendes Erlebnis genannt (IV-act. 80 S. 13). Dass das angebliche Trauma der Kindheit und Jugend im Rahmen der Diagnosestellung schliesslich nunmehr auf zwei Zeilen thematisiert wird, tut der Beweiskraft des Gutachtens keinen Abbruch, floss die von Gewalterlebnissen geprägte Kindheit der Beschwerdeführerin aktenkundig doch in die Beurteilung mit ein. Was schliesslich den im Mai 2011 erlittenen Unfall mit Abtrennung der Fingerendglieder an Ring- und Mittelfinger der rechten dominanten Hand anbelangt, zeigt sich, dass dieses Ereignis im psychiatrischen Gutachten im Rahmen der Aktenzusammenfassung zweimal

erwähnt wurde (IV-act. 80 S. 4 und 6). Der psychiatrische Gutachter hatte somit unzweifelhaft Kenntnis davon. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass Dr. D. _____ im Hinblick auf den Unfallzeitpunkt fälschlicherweise das Jahr 2001, anstatt 2011 festhielt, handelt es sich dabei doch wohl um ein Versehen. Wie die Beschwerdegegnerin des Weiteren zutreffend darauf hingewiesen hat, hat die Beschwerdeführerin den 2011 erlittenen Unfall anlässlich der psychiatrischen Exploration selbst nicht erwähnt, auch nicht als sie nach einschneidenden Erlebnissen gefragt wurde. Angesichts dessen erscheint es nachvollziehbar, wenn Dr. D. _____ diesem Ereignis keine relevante Bedeutung beigemessen hat. Die für die Bejahung einer posttraumatischen Belastungsstörung bedeutsame Schwere des Belastungskriteriums kann damit jedenfalls nicht als gegeben angesehen werden. Im Übrigen ist mit der Beschwerdegegnerin auf die lange Latenzzeit zwischen initialer Belastung und dem angeblichen Auftreten der Störung hinzuweisen. In diesem Zusammenhang darf sodann nicht unerwähnt bleiben, dass nach dem Unfallereignis von 2011 bis zum Zeitpunkt der Kündigung durch den Arbeitgeber im Februar 2016 keine psychischen Auffälligkeiten aktenkundig sind.

An der Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. D. _____ – Verneinung einer posttraumatischen Belastungsstörung – vermögen auch die Vorakten nichts zu ändern. Wie sich aus den medizinischen Unterlagen ergibt, wurde die posttraumatische Belastungsstörung erstmals im Austrittsbericht der M. _____ vom 16. April 2018 (IV-act. 63) unter den Diagnosen aufgeführt. Eine Herleitung der gestellten Diagnose sucht man im genannten Bericht jedoch vergebens. Bei genauer Betrachtung fällt sodann auf, dass die Ärzte der M. _____ beurteilend nur den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Vergangenheit äusserten. Weshalb diese Gesundheitsbeeinträchtigung anschliessend ohne weitere Begründung Eingang in die Diagnoseauflistung fand, ergibt sich aus dem genannten Bericht ebenso wenig. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin handelt es sich bei der gestellten posttraumatischen Belastungsstörung somit lediglich um eine Verdachtsdiagnose. Dies reicht zur Anerkennung eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens rechtsprechungsgemäss nicht aus (BGer 9C_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.2 mit Hinweis). Im Verlaufsbericht vom 5. Juli 2018 (IV-act. 68) übernahm Dr. I. _____ die seitens der M. _____ eigentlich als Verdachtsdiagnose genannte posttraumatische Belastungsstörung ohne weitere Ausführungen dazu. Von einer Bestätigung der durch die M. _____ gestellten Diagnose kann somit keine Rede sein, fehlt doch eine eigentliche Herleitung der Diagnose auch in diesem Bericht.

Dementsprechend erstaunt es nicht, wenn bereits RAD-Arzt Dr. E. _____ die seitens der Behandler gestellte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollziehen konnte (IV-act. 66 und 69) und mit ihm auch der Gutachter Dr. D. _____ und RAD-Arzt F. _____ die Diagnose verneinten. Die im Hinblick auf die Diagnosestellung anders lautenden Berichte der M. _____ und der behandelnden Psychiaterin sind nach dem soeben Dargelegten somit nicht geeignet, an den Ausführungen des Sachverständigen, wonach keine posttraumatische Belastungsstörung bestehe, konkrete Zweifel zu erwecken.

5.2.4 Auch dass Dr. D. _____ keine Fremdanamnese eingeholt hat, spricht nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens. Doktor D. _____ standen bei der Verfassung des Gutachtens sämtliche medizinischen Stellungnahmen zur Verfügung, insbesondere die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. I. _____ und der Austrittsbericht der M. _____. Ob der Gutachter weitere medizinische Berichte hätte hinzuziehen sollen, ob er Rücksprache mit den behandelnden Fachleuten hätte nehmen sollen oder ob er auch fremdanamnestische Abklärungen hätte tätigen sollen, liegt gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung alleine in seinem fachärztlichen Ermessen. Eine Expertise wird in Auftrag gegeben, soweit die vorhandenen medizinischen Akten nicht genügen, um ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person zu geben. Es ist daher nicht Aufgabe eines Gutachters, seine Diagnosen mit dem behandelnden Arzt zu diskutieren (statt vieler BGer 8C_137/2018 vom 20. August 2018 E. 4.2.2).

Darüber hinaus ist es rechtsprechungsgemäss auch dem Gutachter überlassen, zu entscheiden, welche Untersuchungsmethoden er anwenden möchte (BGer 8C_419/2014 vom 23. September 2014 E. 7.2.). Das Gutachten kann somit mit diesem Einwand ebenso wenig in Frage gestellt werden.

5.2.5 Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus dem Umstand, dass keine neuropsychologische Untersuchung inkl. Beschwerdevalidierung durchgeführt wurde, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt jedoch lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). RAD-Arzt F. _____ hat in seiner Stellungnahme vom 14. März 2019 (IV-act. 85) zum diesbezüglichen Einwand Stellung

genommen und darauf hingewiesen, dass eine neuropsychologische Testung mit Symptomvalidierung im Prinzip nur dann Sinne mache, wenn es Widersprüche in der Aktenlage und/oder im Beschwerdevortrag gebe und es gelte, diese zu objektivieren. Gemäss dem genannten RAD-Arzt war dies bei der aktuellen Begutachtung aber gerade nicht der Fall, sodass sich Weiterungen hierzu erübrigen.

5.2.6 Insgesamt entspricht das psychiatrische Gutachten von Dr. D. _____ vom 7. Januar 2019 den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch in schlüssiger Weise die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und beruht auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung. Doktor D. _____ schilderte die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzte sich damit sowie mit dem Verhalten und der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt ebenso wie mit den Ressourcen und Belastungsfaktoren auseinander. Auf das Gutachten darf somit abgestellt werden. Daraus folgt, dass ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung vom 26. Oktober 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgewiesen ist, während für die Zeitperiode davor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen ist.

6. Was die Berechnung des Teilinvaliditätsgrades im Erwerbsbereich anbelangt, beanstandet die Beschwerdeführerin das von der IV-Stelle für die Rentenperiode ab Oktober 2018 angenommene Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 73'801.–. Wie sich aus der Vernehmlassung ergibt, stützte sich die Beschwerdegegnerin dabei auf das dem Arbeitgeberfragebogen beigelegte persönliche Lohnkonto der Beschwerdeführerin. Demgemäss erzielte sie im Jahr vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein Bruttoeinkommen von jährlich Fr. 43'528.– (IV-act. 15 S. 11). Dies deckt sich mit dem IK-Auszug vom 12. September 2016 (IV-act. 14). Aufgerechnet auf eine Vollerwerbstätigkeit (Fr. 72'547.–) gemäss dem per 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Berechnungsmodell (vgl. Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV) und angepasst an die Nominallohnentwicklung (2015: 104.1; 2018: 105.9) ergab sich ein Valideneinkommen von Fr. 73'801.– (IV-act. 94 S. 2). Was daran falsch sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht. Das Invalideneinkommen von Fr. 42'179.– wird schliesslich ebenso wenig beanstandet wie das zum Zeitpunkt des Rentenbeginns angenommene Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 43'969.–. Da der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich auch diesbezüglich einer Überprüfung seitens des Gerichts standhält, erübrigen sich Weiterungen dazu. Die von der Beschwerdegegnerin angenommenen Teilinvaliditätsgrade (jeweils gewichtet mit

60 %) im Erwerbsbereich von 60 % bzw. ab Oktober 2018 von 26 % erweisen sich somit als korrekt.

7. Zu prüfen bleibt, in welchem Masse die Beschwerdeführerin zufolge ihrer gesundheitlichen Beschwerden im Haushalt eingeschränkt ist.

7.1 Hinsichtlich des Beweiswertes des Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Hierzu bedarf es im Regelfall einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV). Ein Haushaltsabklärungsbericht ist beweiskräftig, wenn er von einer qualifizierten Person verfasst wird, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der Beeinträchtigungen und Behinderungen hat, die sich aus den medizinischen Diagnosen ergeben. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (EVG I 90/02 vom 30. Dezember 2002 E. 2.3.2; EVG I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, greift das Gericht in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (z.B. infolge von Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 128 V 93 E. 4; BGer 8C_107/2008 vom 18. August 2008 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

7.2 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist der Haushaltsabklärungsbericht vom 22. Juni 2020 (IV-act. 92) nicht zu beanstanden. Die Abklärungsperson, welche über die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, erstellte den Bericht in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse, der medizinischen Diagnose sowie der sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen. Weiter ist der Berichtstext plausibel, begründet und widerspruchsfrei. Sodann ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend ist, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt. Nicht unberücksichtigt bleiben darf, dass die Abklärung vor Ort über die tatsächlichen

Verhältnisse Auskunft geben soll und es dabei insbesondere nicht einzig darum geht, was die Beschwerdeführerin selber noch kann, sondern vielmehr, was ihr durch Mithilfe ihrer Familienmitglieder im Rahmen der Schadenminderungspflicht noch möglich ist. Dabei hat sie Massnahmen zu treffen, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. So muss die Arbeit eingeteilt und in zumutbarem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch genommen werden. Gerade dieser bei Haushaltsabklärungen wichtige Aspekt der konkreten schadenmindernden Verhaltensweisen wird von den Ärzten nicht berücksichtigt, da diese in ihren Berichten lediglich die sich aus medizinischen Gründen ergebenden Einschränkungen festzuhalten haben. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht (vgl. zum Ganzen BGE 133 V 504 E. 4.2; BGer 9C_39/2010 vom 25. März 2010 E. 4.3.2). In casu hat die Abklärungsperson die Verhältnisse vor Ort abgeklärt und die zumutbare Mithilfe der Familienangehörigen berücksichtigt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin steht dabei die Mitberücksichtigung der Hilfe des Ehemannes und der zwei Kinder in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht erweist sich deren Mithilfe im Haushalt als zumutbar. Dabei ist zu beachten, dass die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen weiter geht als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Überdies haben auch die Versicherten selbst Verhaltensweisen zu entwickeln, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten ermöglichen. In diesem Punkt ist der Abklärungsbericht somit nicht zu beanstanden.

Stellt sich die Beschwerdeführerin im Weiteren auf den Standpunkt, die Haushaltsabklärerin sei nicht die richtige Person, um die Einschränkungen aus psychischen Gründen zu erheben, ist ihr insofern Recht zu geben, dass der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten ist, weshalb seine grundsätzliche

Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Der Abklärungsbericht stellt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung jedoch prinzipiell auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung. Grund hierfür ist die Tatsache, dass es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (BGer 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2). Ein Widerspruch der genannten Art besteht im vorliegenden Fall indes nicht. RAD-Arzt F. _____ ist mit Stellungnahme vom 21. März 2019 (IV-act. 86) zwar von einer 50%igen Einschränkung im Haushalt ausgegangen und hat dies mit der psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin begründet. Dabei handelte es sich jedoch um eine medizinisch-theoretische Beurteilung, bei der, wie von RAD-Arzt F. _____ selbst darauf hingewiesen, die Mitwirkungspflicht durch Angehörige nicht miteinbezogen wurde. Angesichts dessen, dass sich im Rahmen der Schadenminderungspflicht die Mithilfe des Ehemannes sowie der Kinder im Haushalt als zumutbar erweist, erscheint die von ihm anerkannte 50%ige Einschränkung ohnehin eher als grosszügig bemessen. Sodann ist der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die soeben genannte Stellungnahme des RAD-Arztes F. _____ bis zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im Oktober 2018 eine 50%ige Einschränkung im Haushalt ja gerade anerkannt und erst ab diesem Zeitpunkt die im Haushaltsbericht attestierte Einschränkung von 2,2 % angenommen hat. Dies ist insofern nicht zu beanstanden, ist mit dem Gutachten von Dr. D. _____ eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht per Oktober 2018 doch gerade ausgewiesen. Somit rechtfertigt es sich, ab diesem Zeitpunkt nicht mehr auf die seinerzeit abgegebene Einschätzung des RAD-Arztes, sondern vielmehr auf die Einschätzung der Abklärungsperson abzustellen, zumal sich die Beurteilung von RAD-Arzt F. _____ gemäss seinen eigenen Worten ohnehin nur auf den Zeitraum vor der psychiatrischen Begutachtung bezogen hat. Im Übrigen wurden der Beschwerdeführerin auch im psychiatrischen Gutachten keinerlei Einschränkungen im Haushalt attestiert, was angesichts der lediglich leicht ausgeprägten depressiven Symptomatik nachvollziehbar erscheint. In diesem Zusammenhang darf sodann nicht unberücksichtigt bleiben, dass im Aufgabenbereich Haushalt die Möglichkeit besteht, die anstehenden Arbeiten einzuteilen

und zeitlich flexibel zu erledigen bzw. bei einem schlechten Tag auch nicht durchzuführen. Zu guter Letzt ist betreffend die geltend gemachten Einschränkungen aus psychiatrischer Hinsicht zu erwähnen, dass RAD-Psychiater F. _____ nach Durchführung der Haushaltsabklärung zum Fall ein weiteres Mal Stellung genommen hat und dabei zum Schluss gekommen ist, die anlässlich der Haushaltsabklärung festgestellte Einschränkung sei nachvollziehbar (IV-act. 102).

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich auf ihre amputierten Finger verweist, ist sie darauf hinzuweisen, dass die Abklärungsperson deswegen ja gerade gewisse Einschränkungen im Bereich der Ernährung (Grossreinigung) und der Wohnungspflege (gründliche Reinigung) anerkannt hat (IV-act. 92 S. 7 f.). Dies steht im Einklang mit dem rheumatologischen Gutachten von Dr. C. _____, wonach im Haushalt eine Einschränkung für häufige/repetitive manuell schwere/kraftaufwändige Tätigkeiten mit der rechten Hand bestehe. Soweit die Beschwerdeführerin dem Sachverständigen gegenüber jedoch versuchte, glaubhaft zu machen, sie könne im Haushalt nicht einmal mehr die leichtesten Verrichtungen durchführen und sei vollständig auf die Hilfe ihrer Familienmitglieder und einer Nachbarin angewiesen, liess sich dies auf der Befundebene von rheumatologischer Seite her nicht nachvollziehen (IV-act. 79 S. 38).

Dementsprechend ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Abklärungsperson die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung über die bereits anerkannten hinausgehenden geltend gemachten Einschränkungen aufgrund der Hand- und Fingerbeschwerden unberücksichtigt liess.

Nach dem Dargelegten sind keine besonderen Umstände gegeben, welche den Abklärungsbericht als mangelhaft oder ungeeignet erscheinen lassen würden; vielmehr entspricht dieser den an ihn gestellten Anforderungen, sodass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Gestützt auf den Abklärungsbericht vom 22. Juni 2020 kann mithin ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung von einer Einschränkung von 2,2 % ausgegangen werden.

8. Zusammenfassend ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad im Anteil als Hausfrau von 20 % bzw. 1 % ab Oktober 2018 (bei einer Gewichtung von 40 %) und ein Teilinvaliditätsgrad im Anteil als Erwerbstätige von 60 % bzw. 26 %. Daraus resultiert ein gesamter Invaliditätsgrad von 80 % und ab Oktober 2018 von 27 %. Liegt der Invaliditätsgrad damit unter 40 %, so besteht, wie von der Beschwerdegegnerin korrekt festgestellt, nach Berücksichtigung der dreimonatigen Wartefrist per 31. Januar 2019 kein

Rentenanspruch mehr. Demzufolge ist die Beschwerde unbegründet und vollumfänglich abzuweisen.

9. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d). Nachdem der medizinische Sachverhalt mit dem Gutachten der Dres. C. _____ und D. _____ umfassend geklärt ist und dem Gutachten volle Beweiskraft zukommt, sind von einer weiteren Begutachtung der Beschwerdeführerin keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass ihr Antrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen ist. Das Gleiche hat schliesslich auch in Bezug auf die beantragte Edition der UVG-Akten zu gelten, wurde der im Jahr 2011 erlittene Unfall mit Abtrennung der Fingerendglieder an Ring- und Mittelfinger rechts im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens doch ausreichend berücksichtigt. Darüber hinaus wurden die Beschwerden an der rechten Hand auch in die Haushaltsabklärung miteinbezogen. Zu guter Letzt kann der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht i.S.v. Art. 43 ATSG vorgehalten werden.

10. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensaufwand angemessen erscheint. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die IV-Stelle Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 20. Dezember 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am